

Konvent der
Evangelischen Krankenhauseelsorge
Frankfurt am Main und Offenbach



Foto: Picture-Alliance

KRANKENHAUSSELSORGE UND COVID-19

**Auswertung der Berichte der Krankenhauseelsorge
in Frankfurt und Offenbach in Relation zu Berichten aus
Deutschland und internationalen Studien**



EVANGELISCHE KIRCHE
IN FRANKFURT UND OFFENBACH
EVANGELISCHES STADTDEKANAT



Eingang des Bethanienkrankenhauses im Sommer 2020

VORWORT

Liebe Lesende, lieber Lesende,

ich schreibe dieses Vorwort Mitte Mai 2021. Gerade sinken die Inzidenzen deutlich und die Impfungen haben erheblich an Fahrt aufgenommen. Die Pandemiesituation entspannt sich – wieder einmal. Wenn Sie diesen Bericht im Juli erhalten, wird sich die Gesamtsituation hoffentlich weiter deutlich verbessert haben und das Licht am Ende des Tunnels wird heller.

Mit diesem Bericht über die Klinikseelsorge in Zeiten von Corona gehen wir nun noch einmal zurück in das letzte Jahr – zur ‚ersten Welle‘, als eine noch nicht einschätzbare Bedrohung allerorten erhebliche Verunsicherung und Angst ausgelöst hat und zur ‚zweiten Welle‘, als die wieder steigenden Infektionen – noch vor der Möglichkeit zu impfen – einen Kontrollverlust immer noch im Bereich des Möglichen erscheinen ließen.

Und wir gehen zurück an die Orte, an denen die Wucht der Pandemie am deutlichsten spürbar war und an denen die Folgen am dramatischsten gewesen sind: die Krankenhäuser.

Die Klinikseelersorger*innen haben miterlebt und mitbegleitet, was Patient*innen, Mitarbeitende und Angehörige zu bewältigen hatten. Gleichzeitig musste sich die Klinikseelsorge unter Corona neu erfinden. Einerseits hat durch die strikten Besuchsverbote und die damit verbundene Isolation der Bedarf an seelsorgerlicher Begleitung zugenommen, andererseits ist die Kernkompetenz der Seelsorge selbst zum Problem geworden: menschliche Nähe und Zuwendung standen plötzlich in der Gefahr, die Übertragung des Virus zu ermöglichen.

Menschen einen Segen zuzusprechen, wenn man selbst hinter FFP2-Maske und Gesichtsschild und in voller Schutzkleidung steckt, ist eine Herausforderung besonderer Art.

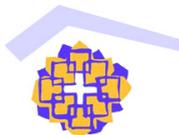
Trotzdem ist es gelungen, für Patient*innen, Mitarbeitende und Angehörige da zu sein, für sie und mit ihnen zu beten, beim Abschied aus dem Leben mit einer Aussegnung zu trösten, am Telefon für Angehörige da zu sein, Pflegenden dadurch zu entlasten, dass man sich an das Bett eines Sterbenden setzt. Auf den folgenden Seiten können Sie dies lesen und gewinnen einen Eindruck der Situation in den Kliniken aus dem zurückliegenden Jahr.

Dieser Bericht beschreibt die Arbeit unter Ausnahmebedingungen – er ist nicht repräsentativ für die langjährige seelsorgerliche Arbeit in den Kliniken. Darüber hinaus sind auch die Rahmenbedingungen je nach Klinik sehr individuell gewesen. Krankenhäuser waren auf unterschiedliche Weise mit Corona konfrontiert und haben auch verschieden auf die Herausforderungen reagiert.

Noch ein letztes: Beim Lesen werden Sie durch den Blick der Klinikseelsorger*innen auch erkennen können, unter welchen enormen Belastungen die Mitarbeitenden der Kliniken standen und stehen. Aus Sicht der Klinikseelsorge ist eine gesellschaftliche Debatte über eine Entlastung des Gesundheitswesens durch eine veränderte Finanzierung dringend geboten.

Ganz herzlich bedanken möchte ich mich bei Pfr. Tony Jung-Hankel, der die Aufgabe übernommen hatte, aus den Berichten der Klinikteams einen gut leserlichen und vor allem aussagefähigen Text zu extrahieren und ihn abschließend auch zu aktuellen wissenschaftlichen Studien in Bezug zu setzen.

Pfarrer Holger Kamlah, Prodekan



**Konvent der
Evangelischen Krankenhausseelsorge**
Frankfurt am Main und Offenbach

EINLEITUNG

Krankenhausseelsorger*innen in Frankfurt und Offenbach haben die Aufgabe, jedes Jahr einen Bericht über ihre Arbeit zu verfassen. Der Bericht ist dann die Grundlage des Dienstgesprächs, mit dem für die Krankenhausseelsorge (KHS) zuständigen Prodekan Holger Kamlah. Das zurückliegende Jahr 2020 war geprägt durch die Corona-Pandemie. Die Klinikseelsorge musste sich den bisher wenig antizipierten Herausforderungen einer weltumspannenden Virusinfektion stellen. Das Gesundheitswesen in Deutschland und der ganzen Welt wurde darauf ausgerichtet, Menschen - vor allem solche mit einem potentiell kritischen Krankheitsverlauf - vor einer Ansteckung zu schützen.

Die dafür ergriffenen Maßnahmen hatten gravierende Auswirkungen auf die KHS und das seelsorgerliche Handeln der Kirchen insgesamt. Diese durch Prodekan Kamlah in Auftrag gegebene Studie hat das Ziel, die Erfahrungsberichte der Klinikseelsorgenden in Frankfurt und Offenbach zusammenzufassen. Der Verfasser hat sich darüber hinaus die Aufgabe gestellt, die Ergebnisse mit Studien und Berichten aus den Landeskirchen und der Forschungsarbeit von ERICH (European Research Institute for Chaplaincy in Healthcare) zu Covid-19 in Relation zu setzen. Zu diesem Zweck wurden neben den lokalen Jahresberichten, die dem Verfasser vorliegenden Jahresberichte aus den Konventen der einzelnen Landeskirchen, ein Forschungsprojekt von Jun.-Prof. Dr. Annette Haußmann und Birthe Fritz zu „Seelsorge und Corona-Pandemie“ und die internationale Studie von ERICH zu „Healthcare Chaplaincy and Covid-19“ miteinander verglichen.

Innerhalb des Berichtszeitraums, der das Jahr 2020 umfasste, wurde in den überwiegenden Berichten differenziert zwischen der ersten Coronawelle - beginnend im März 2020 - und

einer zweiten Welle im Herbst 2020. Im ersten Lockdown arbeitete – geschuldet durch hohes Alter oder Vorerkrankungen – ein Teil der Klinikseelsorgenden im Homeoffice. Im Laufe des Jahres kehrten dann fast alle wieder an ihren Arbeitsplatz zurück. In der Anfangszeit war das Gesundheitssystem so stark gefordert, dass die Unterstützung durch die KHS wenig im Blick war. Es mangelte teilweise auch an ausreichender Schutzausrüstung. In einigen Kliniken waren die Seelsorgenden von der Klinikleitung aber explizit aufgefordert, auch an Covid 19 erkrankte und sterbende Patient*innen (und ihre Angehörigen) zu begleiten. Die damit verbundenen Risiken für die eigene Gesundheit stellten eine erhebliche Belastung dar.



Masken sind zum Symbol geworden für die Pandemie. Masken stehen für die geforderte Distanz, für eingeschränkte Entfaltung und Kommunikation. Die Begegnungen mit unseren Mitmenschen haben sich verändert. Durch die Besuchsverbote in den Krankenhäusern wird es besonders schmerzlich erfahren. Das obige Bild möchte ich an den Anfang meiner Ausführungen stellen. Es symbolisiert die Erkenntnisse zur KHS in der Coronazeit.

Eine Maske, ausgespannt wie eine Hängematte, wie ein Seil, auf dem wir balancieren müssen. Ist das Leben in Zeiten der Pandemie nicht ein



Siehe, ich will ein Neues schaffen, jetzt wächst es auf, erkennt ihr es denn nicht?

solcher Balanceakt? Was ist noch planbar angesichts schwankender Infektionszahlen, aufkommender Mutationen und nur langsam zunehmender Impfungen? In den Krankenhäusern besonders, aber auch überall in unserer Gesellschaft begegnen uns Menschen, die verunsichert sind, Ängste entwickeln und mutlos in die Zukunft blicken.

In der Maske wächst Kresse. Sie ist ein kleines, grünendes Wunder, das fast überall wachsen kann. Kresse ist eine Auferstehungspflanze, erstaunlich, wo diese sich entwickeln kann: selbst in einer Maske bringt sie grüne Triebe hervor, an unmöglichen Orten lässt sie Neues entstehen.

Siehe, ich will ein Neues schaffen, jetzt wächst es auf, erkennt ihr es denn nicht? Ich mache einen Weg in der Wüste und Wasserströme in der Einöde. (Jesaja 43,18-19)

Gott erinnert sein Volk an den Auszug aus Ägypten; Gottes Befreiungstat aus der Unterdrückung. Schon damals hat Gott den Weg der Freiheit geebnet, so wird er nun sein Volk auch aus der Gefangenschaft in Babylon herausführen: Siehe, schaut her, da wächst es auf. Gott befreit und wird Neues schaffen, Gott führt heraus aus der Wüste, aus der Einöde der Pandemie. Darauf können wir vertrauen.

Wie die Kresse selbst in einer Maske wachsen kann, so hat Gott schon jetzt etwas Neues, Befreiendes aus der Pandemie entstehen lassen.

Dieser Bericht fasst zusammen, was sich in der KHS entwickelt hat, wie die Seelsorgenden sich auf die herausfordernde Situation eingestellt haben. Unser Leben und auch die Arbeit in der KHS bleiben ein Balanceakt, weniger eine Hängematte, eher ein Seil über dem Abgrund. Wir können Gott immer wieder darum bitten, dass er uns das Vertrauen schenkt, auf diesem Seil balancieren zu können. Dieses Vertrauen ist in den Berichten der Klinikseelsorgenden spürbar. Diese entwickeln mit Kreativität und Durchsetzungskraft neue Perspektiven für die Seelsorge. Gerade in dieser Krisensituation sind sie für die Menschen im Gesundheitswesen da und lassen sich darauf ein, dass dieser Virus unser Leben auf allen Ebenen bedroht. Sie übernehmen ihren Dienst an den Mitmenschen im Vertrauen darauf, dass Gott für uns sein Netz aufgespannt hat, das uns auffängt, wenn wir fallen und unser Leben letztlich trägt und hält. Das ist die unterscheidende und entscheidende Ressource der KHS.

Pfr. Tony Jung-Hankel

Vorstand Konvent für Krankenhausseelsorge

Der folgende Abschnitt ist an den Fragen orientiert, um deren Beantwortung der für die KHS verantwortliche Prodekan gebeten hatte. Ich habe jeweils kurze Zusammenfassungen zu den einzelnen Punkten durch Zitate aus den Berichten erläutert und ergänzt.

1. BEGLEITUNG VON PATIENT*INNEN

1.1. Wie hat sich die Begleitung von Patient*innen auf „Nicht-Covid-Stationen“ entwickelt?

Seelsorge mit Maske

Der Mund-Nasen-Schutz steht nicht nur symbolisch für die Veränderungen durch Corona. Diesen auf dem Gelände des Krankenhauses und besonders während der Seelsorgekontakte zu tragen, beeinflusst die Arbeit der KHS.

„Am Anfang war es sehr ungewohnt, die ganze Zeit mit Maske zu arbeiten, dadurch kommt es manchmal zu Missverständnissen im Gespräch bei schwerhörigen Patienten. Die Mimik ist nicht immer ersichtlich, aber der Schutz geht vor.“

„Seit Beginn der Pandemie bis heute tragen wir den chirurgischen Mundschutz. Das verändert die seelsorgliche Begegnung mit Patienten. Die Verständigung ist gerade bei schwerhörigen und geschwächten Patienten schwieriger. Deshalb ist auch der Abstand nicht immer einzuhalten. In den ersten Monaten war bei den Seelsorgebesuchen die Angst vor Ansteckung zu spüren. Je mehr die Patienten unter der strengen Besuchsregelung litten, waren wir als ‚Ersatz-Gesprächspartner‘ gefragt.“

„Die Kommunikation verbal und nonverbal ist deutlich erschwert durch das Tragen der Maske, dadurch wird sie bisweilen elementarer; Impulse werden von Patient*innen häufig nur aufgenommen, wenn sie in den eigenen Gedankengang passen. In den häufigen Begleitungen am Telefon tritt die Wahrnehmung der Stimme in all ihren Schattierungen deutlich in den Vordergrund.“

Keine kursorischen Besuche

Ein Teil der Klinikseelsorgenden erlebte die Situation, nur auf Ruf zu den Patient*innen zu gehen, als deutlich einschränkend, andere hatten auch schon vorher dementsprechend gearbeitet.

Besonders zu Beginn der Pandemie waren Pflegekräfte oft überfordert und hatten die KHS als eine mögliche Ressource für ihre Arbeit nicht

im Blick. Klinikseelsorgende nutzten jedoch ihre Kontakte und ihre gute Verankerung im System des Krankenhauses, um besser wahrgenommen zu werden.



Bethanien Krankenhaus Frankfurt

„Auf Zuweisungen des Personals angewiesen zu sein, hat die Anzahl meiner Kontakte reduziert. Das ist auch auf Verlegungen der Stationen und teilweiser Versetzung des angestammten Personals zurückzuführen.“

Hier wird das Problem der Umstrukturierung in den Krankenhäusern benannt. Es wurden gesonderte Covid-19-Stationen eingerichtet und dafür möglichst spezialisiertes Pflegepersonal eingesetzt. Dadurch ergaben sich für die Mitarbeitenden und die Seelsorgenden zusätzliche Herausforderungen. Es konnten zwar keine kursorischen Besuchsangebote gemacht werden, aber es ergaben sich weitere Möglichkeiten, die Patient*innen zu begleiten:

„Im 1. Lockdown waren die Patienten immer sehr froh, dass die Seelsorge noch kam. Es war damals eine große Dankbarkeit der Patienten für Besuch spürbar und dass sie überhaupt noch medizinisch behandelt wurden. Die Patienten lagen oft alleine im Zimmer.“

„In Einzelfällen meldeten sich Patient*innen selbst, um ein Gespräch, bzw. eine längere Begleitung zu vereinbaren. Meist waren die Betroffenen durch vorherige Klinikaufenthalte bekannt oder gehörten zu den ‚Langliegern‘.

Die Patient*innen, die gezwungen waren, über einen längeren Zeitraum im Krankenhaus zu verbleiben, wurden von den Besuchsverböten besonders hart getroffen. Das galt insbesondere für die Patient*innen der Psychiatrie. So gab es nicht mehr die Möglichkeit, das Außengelände der Kliniken aufzusuchen, Einkäufe zu erledigen oder Raucherecken zu nutzen. Teilweise wurden für diese Patient*innen besondere Besuchsregelungen für Ehrenamtliche ermöglicht.

Es lässt sich konstatieren, dass die Seelsorge intensiver wahrgenommen und angenommen wurde. Die Quantität hat etwas nachgelassen, aber die Qualität der Angebote der Klinikseelsorge rückt stärker in den Fokus:

„Die Themen der Begleitungen sind existentieller und ungeschützter. Seelsorge wird deutlicher als Möglichkeit außerhalb des Systems im System in Anspruch genommen.“

Begleitungen per Telefon sind häufiger und damit das ‚Betreten des häuslichen Bereiches‘ v.a. von Mitarbeitenden, die an Covid erkrankt sind.“

1.2. Wie hat sich die Begleitung von Patient*innen auf „Covid-Stationen“ entwickelt?

Nur in wenigen Krankenhäusern hatten die Klinikseelsorgenden von Anfang an Zugang zu den Covid-19-Stationen. Es wurden verschiedene Initiativen unternommen, um auf das Angebot der KHS und die Not der Patient*innen und ihrer Zu- und Angehörigen aufmerksam zu machen. Die Klinikseelsorgenden entschieden dann, ob sie bereit sind, auf Covid-19-Stationen selbst zu arbeiten. Durch die gute Teamarbeit ließ sich das organisieren. Die Einsätze waren begrenzt und durch die Schutzmaßnahmen eingeschränkt.

„Die spezielle Schutzausrüstung empfinde ich im seelsorglichen Kontakt zu Patient*innen sehr hinderlich. Mein Gesicht ist nicht zu erkennen. Hinter FFP2-Maske und Schutzschild muss ich sehr laut sprechen. Häufig sind ältere Patient*in-

nen schwerhörig. Freundlichkeit und Anteilnahme lassen sich nur durch die Stimme und durch Gesten transportieren.“

Später wurde die Unterstützung durch die KHS besonders von den Mitarbeitenden sehr geschätzt:

„Wir entschieden auch, dass wir bis auf eine Kollegin, die Hochrisiko-Patientin ist, bereit sind, Patienten auf den Isolierstationen zu besuchen. Das geschah vor allem mit Blick auf die Mitarbeitenden, für die es schwer auszuhalten war, dass so viele Menschen allein verstarben – weil ihre Angehörigen nicht kommen konnten oder wollten (in palliativen Situationen dürfen nach wie vor Patienten besucht werden). So haben wir mehrfach Patienten im Sterbedelirium besucht, ohne



Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt

sie jemals vorher gesehen zu haben – auch wenn nicht immer erkennbar war, wie viel die Patienten von diesen Besuchen wahrnahmen, die Mitarbeitenden waren zutiefst dankbar. Aus diesem Grund halten wir nun regelmäßigen Kontakt zu den Mitarbeitenden der Isolierstationen. Da häufiger Ausbrüche von Covid-19 auf Normalstationen geschahen, ergaben sich dann auch mehr Besuche bei Patienten mit Covid-19, die noch ansprechbar waren und uns schon kannten.“

1.3. Welche Auswirkungen hat es unter Corona in Bezug auf die Begleitung Sterbender gegeben?

Sterbebegleitung ist weiterhin möglich

„Patient*innen der Palliativstation konnten zu jeder Zeit seelsorgerlich begleitet werden. Gespräche mit Angehörigen, Abschiedsrituale und Aussegnungen waren uneingeschränkt möglich, wurden aber weniger als sonst angefragt, weil auch die Palliativstation nicht immer voll belegt war. Zeitweise konnten Doppelzimmer nur einfach belegt werden.“

Die Begleitungen konnten weiterhin stattfinden, selbstverständlich musste Schutzkleidung getragen werden. Angehörige erhielten Zugang nach Prüfung des Einzelfalles durch ärztliche Genehmigung. Dabei erschienen die Kriterien nicht immer ganz transparent.



Klinikum Frankfurt Höchst

Differenzierter wird dies in einem Bericht geschildert: „Nicht immer waren Menschen in ihrem Sterbeprozess noch ansprechbar, wenn die Besuchserlaubnis schließlich erteilt wurde. Manche Patient*innen konnten ihre letzten bewusst erlebten Tage nicht mehr nutzen, um mit ihren Angehörigen Zeit zu verbringen oder Angelegenheiten zu klären.“

In etlichen Fällen habe ich Patient*innen und Angehörige auf die Möglichkeit, eine Besuchserlaubnis zu beantragen, hingewiesen und darüber auch mit Stationsärzt*innen gesprochen.“

„Anfragen zur Aufnahme auf der Palliativstation, wo Besuche durchgehend erlaubt waren, nahmen zu. Es kam vor, dass Menschen wenige Stunden vor ihrem Tod eine Verlegung auf die Palliativstation verkräften mussten. Dort konnten sich dann mehrere Angehörige verabschieden. Für die sterbenden Menschen ist der Transport auf eine andere Station körperlich sehr belastend und wird deshalb außerhalb der Corona-Zeit in der Regel vermieden.“

2. BEGLEITUNG DER AN- UND ZUGEHÖRIGEN

Besuchsverbote

Die Begleitung von An- und Zugehörigen hat sich durch das Besuchsverbot gravierend verändert. Die KHS war konfrontiert mit deren Trauer und Wut, die das Verbot auslöste. Klinikseelsorgende wurden als Verbindungsmöglichkeit zu den Patient*innen wahrgenommen. Es bedurfte einer differenzierten Auftragsklärung, welche Boten- und Vermittlungsdienste als Seelsorge einzustufen waren. Telefonische Kontakte nahmen dadurch einen größeren Zeitrahmen ein.

„Teilweise sehr intensive Telefonate und lange Begleitungen, Treffen für die Übergabe von persönlichen Dingen. Vermittlung von Telefonaten und WhatsApp-Nachrichten, da häufig die Patienten alleine nicht in der Lage waren. Meist dürfen die Angehörigen erst bei Sterbenden in die Klinik zu Besuch, wenn sie nicht eine Ausnahmegenehmigung haben oder auf der Palliativstation liegen. Deswegen sind diese dann oft besonders getroffen vom ‚körperlichen Zerfall‘ bzw. haben sehr viel Interesse zu erfahren, was davor war.“

„Die Besuchsbitte von Angehörigen führt teilweise dazu, dass wir von den Patient*innen beim Besuch als Stellvertreter der Angehörigen gesehen werden.“

Im Angehörigengespräch wiederum ist die narrative Schilderung der Lage des Patienten bedeutsam, ohne Medizinisches/Pflegerisches auszusagen.

Besonders sensibel ist der Umgang mit der Forderung Angehöriger, sich im und gegen das Haus für die Patientin einzusetzen.“



Markuskrankenhaus Frankfurt

Klinikseelsorgende setzten sich dafür ein, dass schwer Erkrankte und Sterbende nicht alleine gelassen werden. Sie wiesen auf die Notwendigkeit der Begleitung durch An- und Zugehörige insbesondere im Sterbeprozess und bei Langzeiterkrankungen hin.

3. BEGLEITUNG DER MITARBEITENDEN

Die Mitarbeitenden des Gesundheitswesens traten nicht nur gesamtgesellschaftlich in den Fokus, auch die KHS intensivierte ihre Angebote für diese. Die Initiative dafür ging von beiden Seiten aus. Mitarbeitende wandten sich verstärkt an die KHS. Sie waren überlastet, da sie neben ihren Pflegetätigkeiten zusätzlich Boten- und Vermittlungsdienste für die An- und Zugehörigen übernehmen mussten. Durch ihren engen Kontakt zu den Mitarbeitenden nahmen die Klinikseelsorgenden die Nöte und Bedarfe der Mitarbeitenden rasch wahr und versuchten, diese zu unterstützen.

„Einzelne Pflegekräfte, zu denen ein vertrauensvolleres Verhältnis gewachsen ist, nehmen meist in Tür- und Angelgesprächen Kontakt zu mir auf oder zeigen sich aufgeschlossen, wenn ich ein Gespräch initiiere.“

„Teilweise sind die Mitarbeiterkontakte enger geworden, da diese selber auch sehr ‚bedürftig‘ sind. Andererseits macht sich das ‚Social-Distancing‘ bemerkbar. Die vielen spontanen Gespräche in der Cafeteria beim Essen entfallen.“

„Die Seelsorge versucht, für die Mitarbeiter Unterstützungsmöglichkeiten durch ‚Auszeiten‘, gemeint sind kleine Meditationszettel, anzubieten oder wir haben Angebote für die Mitarbeiter erstellt, für die eigene Abschiednahme von Patienten durch Karten, Texte & Rituale.“

„Pflegerische und Ärzt*innen ringen darum, zu bestehen – v.a. in den Covidbereichen – aber auch in allen Bereichen. Der Anteil mehrfach und schwer erkrankter Patient*innen ist wesentlich höher, der Krankenstand der Mitarbeitenden nimmt zu.“

Durch die Auflösung und neue Zusammensetzung von Teams fiel für viele eine wesentliche Ressource weg: der gewachsene persönliche Zusammenhalt.“

„Die Seelsorge führt immer wieder Gruppen-Krisengespräche mit Pflegenden und Mediziner*innen der Covid-Bereiche.“

Die Erreichbarkeit der Seelsorge wurde zusätzlich im Corona-Handbuch für Pflegende und Ärzt*innen aufgenommen, als Angebot sowohl für die Mitarbeitenden als auch mittelbar für Angehörige und Patient*innen. In diesem Jahr wurde sehr deutlich, dass Seelsorge gut eingebunden ist in das Informationssystem des Klinikums.“

4. NEUE AUFGABEN/FUNKTIONEN DER KRANKENHAUSSELSORGE DURCH CORONA

In den beiden vorherigen Punkten werden schon einschneidende Veränderungen der Arbeit der KHS beschrieben. Es zeigte sich aber auch, dass es gelungen ist, sich auf die Nöte und Bedarfe der Patient*innen und der Mitarbeitenden einzustellen.

Die Arbeitssituation der Kolleg*innen im Homeoffice war eine besondere Herausforderung. Es mussten Kommunikationsmöglichkeiten geschaffen werden, die deren Integration in das Arbeitsfeld ermöglichten. Es wurden Seelsorgekontakte telefonisch aufrechterhalten und eine Hotline für belastete Pflegekräfte und für Covid-Patient*innen eingerichtet. Sitzungen und Dienstgespräche wurden, wenn möglich, per Videokonferenz abgehalten.

Klinikseelsorgende im Homeoffice beteiligten sich z.B. an einer täglich für 2 Stunden geschalteten Corona-Hotline in der Uniklinik für Patient*innen mit einer Corona-Erkrankung und am Entlastungstelefon des Gesundheitsamtes für Mitarbeiter*innen aus Gesundheitsberufen (wöchentlich 2-3 Dienste mit je 3 Stunden). Letzteres wurde nur sehr begrenzt in Anspruch genommen.

Hinzu kam auch das tägliche telefonische Seelsorgeangebot für ambulante Patient*innen der Psychiatrie mit ca. ein bis drei intensiven Ge-

sprächen am Tag auf Initiative der Seelsorgerin hin.“ In den Zeiten abnehmender Inzidenzen waren in der Psychiatrie stationsbezogene Gottesdienste und Andachten ohne Gesang im Garten oder in Gruppenräumen der Station möglich.

„Vermehrt waren Dienste gefragt, die sonst von „Grünen Damen“ erledigt wurden, wie Bereitstellen von Kleidung etc. für bedürftige Patienten, Besorgen von Medienkarten etc.“

In diesem Statement kommt das Fehlen von Ehrenamtlichen zur Sprache. Diese fielen überwiegend unter das Besuchsverbot. Sowohl die oben beschriebenen Dienste, die z.T. durch die Seelsorgenden übernommen wurden, als auch die kontinuierliche Besuchspraxis in der Seelsorge ausgebildeter Ehrenamtlicher, wurde vermisst. Die Hauptamtlichen mussten gezwungenermaßen ihre Aktivitäten darauf einstellen.



Krankenhaus Nordwest (Frankfurt)

Es entstanden aber auch neue Kontakte zu und Kooperationen mit anderen Arbeitsbereichen im System des Krankenhauses. Zuerst wurde aus naheliegenden Gründen die Hygieneabteilung benannt, dazu noch Psychoonkolog*innen, Sozialarbeiter*innen und Ernährungsberater*innen.

5. INTERESSENVERTRETUNG UND MITSPRACHEMÖGLICHKEITEN DER KHS GEGENÜBER DEN VERANTWORTLICHEN DER KLINIK (GESCHÄFTSFÜHRUNG, PFLEGEDIENSTLEITUNG, ETC.)

In den vorigen Punkten kam schon zur Sprache, dass die Klinikseelsorgenden durchgehend mit den Klinikleitungen im Gespräch waren. Zu Beginn der Pandemie waren alle im Gesundheitswesen Beschäftigten durch die Pandemie verunsichert und mussten sich an die notwendigen Maßnahmen herantasten. Die gute Einbindung der Klinikseelsorge in das System des Krankenhauses ermöglichte es, dass deren Arbeit unter den veränderten Bedingungen bald wieder mit ihren besonderen Kompetenzen zur Geltung kam.

Die Zusammenarbeit mit den Kliniken wurde durch Corona intensiviert und die Angebote der KHS stärker zur Kenntnis genommen.

„Während dieser Zeit stand nie in Frage, dass die Seelsorge zum Haus gehört, wir durften als Mitarbeiter des Hauses selbstverständlich ein- und ausgehen. Zwischenzeitlich war die Seelsorge sogar Teil des Krisenstabs und in die Begleitung der Mitarbeitenden auf den Isolierstationen eng eingebunden.“

Es sollen aber auch kritische Stimmen zu Wort kommen, so formuliert eine Kollegin: „Die Arbeit der Seelsorge hat zunehmend nur noch eine symbolische Bedeutung für die Institution Krankenhaus. So wie es die Kirche im Dorf braucht, braucht es die Präsenz der Seelsorge in der Klinik. Aber sie wird immer weniger in Anspruch genommen, selbst in Zeiten von Corona nicht.“ Ganz anders formuliert eine andere Kollegin: „Dass Seelsorger*innen als Mitarbeiter*innen der Klinik angesehen werden, ist für uns ein neues Lebensgefühl. Dadurch sind wir tagesaktuell informiert worden und es standen uns notwendige bauliche Veränderungen (z.B. Internetverbindungen schaffen, Lüftung verbessern) offen und wurden vom Haus bezahlt.“

6. ENTWICKLUNGEN UND NEUE PERSPEKTIVEN DURCH CORONA

Anfangs noch zögerlich haben mittlerweile alle Klinikseelsorgenden die Möglichkeiten der digitalen Kommunikation wahrgenommen und in ihren jeweiligen Arbeitskontext einbezogen. Durch Videokonferenzen konnten in kurzen Zeitabständen Analysen der Arbeitsbedingungen und Aufgabenstellungen der Klinikseelsorge erstellt werden. Die Erkenntnisse aus der Arbeit im Krankenhaus konnten verbunden werden mit Initiativen, die im Homeoffice ergriffen wurden. Die Sitzungen des Konventes mussten nicht mehr - wie zu Beginn - entfallen, sondern wurden nun im virtuellen Format umgesetzt. Dienstbesprechungen konnten kurzfristig ohne lange Anfahrtswege durchgeführt werden.

Wie schon zu lesen war, verlagerten sich viele Seelsorgekontakte hin zur Telefonie. In hohem Maße wurden Kontakte zwischen Angehörigen und Patient*innen per Telefon oder Tablet initiiert. In manchen Fällen konnten Videokontakte aufgebaut werden. Viele Seelsorgegespräche wurden per Telefon geführt.

Es bedarf weiterer Erforschung, was diese Veränderungen für die Entwicklung der Seelsorge bedeuten.



Sana Klinikum Offenbach

Die teilweise schon bestehende Möglichkeit, Gottesdienste per Video auf die Stationen zu übertragen, rückte stärker ins Blickfeld.

„Es war für mich zunächst eine neue Erfahrung, Menschen in seelischen Ausnahmezuständen telefonisch zu begleiten und kein direktes Gegenüber zu haben. Diese sehr konzentrierten Gespräche (z.B. mit der Ehefrau eines verunglückten Motorradfahrers oder der Tochter eines Patienten mit einer lebensverändernden Erst-diagnose) erfordern hohe innere Aufmerksamkeit und Präsenz.“

„Was etwas zunimmt, sind Anrufe von Angehörigen. In ihrer Sorge um ihre Kranken und in ihrer Ohnmacht, weil sie sich nicht selbst vom Ergehen ihrer Kranken ein Bild machen können, bitten sie die Seelsorge, nach ihnen zu sehen. Wo es hilfreich ist, stellen wir am Bett via Telefon oder Videotelephonie den direkten Kontakt her. Ein Tablet wurde für diese Fälle angeschafft.“



Universitätsklinikum Frankfurt

7. EINORDNUNG DER SITUATION IN FRANKFURT UND OFFENBACH IN EINEN WEITEREN KONTEXT

Ergebnisse der deutschlandweiten Studie zu den Coronafolgen.

Jun. Prof. Annette Haußmann fasst diese folgendermaßen zusammen“

„Erste Ergebnisse zeigen:

1. Das persönliche seelsorgerliche Gespräch von Angesicht zu Angesicht verringerte sich durch die Ausgangsbeschränkungs-Maßnahmen um etwa 30%.

2. Einen extremen Abfall hat die Seelsorge bei Gelegenheit erlitten: hier sinkt die Kontaktmöglichkeit auf beinahe die Hälfte der Kontakte, die vor den Beschränkungen der Fall waren.

3. Vermehrt wurden andere mediale Kanäle für Seelsorgekontakte genutzt. An erster Stelle das Telefon. Die Nutzung digitaler Medien stieg signifikant an (z.B. Email, WhatsApp, Instagram, Facebook).

4. Themen der Kommunikation sind neben spezifischen Ängsten, Zukunftssorgen und Unsicherheit in erster Linie das Bedürfnis, „einfach mit jemandem zu reden“ und der Wunsch nach Zuspruch und Trost.

5. Kontakte zu psychisch erkrankten Menschen nehmen ab. Das bedeutet nach ersten Analysen v.a., dass Seelsorge dort, wo sie besonders dringend benötigt wird, nämlich im Bereich von psychischer Belastung, nicht wie vorher stattfinden konnte. Ein wichtiger Bereich der Seelsorge hat damit einen enormen Einschnitt erfahren.

6. Seelsorgende äußern eine hohe Unzufriedenheit darüber, dass sie ihre Arbeit in der Seelsorge nicht mehr wie gewohnt ausüben können und damit Patient*innen, Mitarbeitende in Kliniken oder Altenheimen, Seelsorgesuchende und deren Angehörige allein lassen müssen.

7. Mediale Veränderungen werden als einschneidend, aber auch als chancenreich beurteilt. Vermisst werden persönliche kopräsente Begegnungen in der Seelsorge. Besonders die spontan entstehenden Begegnungen als Seelsorge bei Gelegenheit fehlen den Seelsorgenden. Auch der kollegiale Austausch kommt zu kurz.

8. Seelsorgende suchten aktiv nach neuen Möglichkeiten für Seelsorge und schufen neue Angebote: Aktive Kontaktaufnahme geschieht z.B. durch systematische Telefonanrufe in der Gemeinde oder im Spezialseelsorgefeld, Versenden von Grußkarten, Verkündigungsimpulse über digitale Medien, Seelsorge über Videotelefon, offene Kirche.

9. Es gibt ein hohes Bedürfnis der Seelsorgenden, weiterhin seelsorgerlich unterstützend tätig

zu sein. Sie versuchen, die gegebenen Hürden kreativ zu umgehen und suchen neue Optionen für die Gestaltung und Anbahnung seelsorgerlicher Kontakte. Das Bedürfnis, Seelsorge zu betreiben und die Motivation, dies irgendwie zu ermöglichen, müssen angesichts der vielen Rückmeldungen und der inhaltlichen Hinweise als extrem hoch eingeschätzt werden. Das spricht eindeutig für das hohe Engagement der Seelsorgenden während der Corona-Pandemie angesichts einer institutionellen Verhinderung von Seelsorgegelegenheiten.

10. Wünsche für die eigene Seelsorgepraxis sind neben vermehrtem Austausch mit Kolleg*innen das Angebot zu Fortbildungen zur Nutzung digitaler Medien.“

Nach eingehendem Studium der Berichte aus der KHS in Frankfurt und Offenbach kann festgestellt werden, dass diese im Kern die Veränderungen der KHS durch Corona wiedergeben. Sie sind beispielhaft für die Auswirkungen der Pandemie nicht nur in Frankfurt und Offenbach, sondern ebenso für ganz Deutschland und viele andere Länder mit einem vergleichbaren Gesundheitssystem. Dies hat der nationale und internationale Vergleich ergeben.

ANHANG

Um den internationalen Kontext einzuspielen, habe ich die Hauptergebnisse des Europäischen Forschungsinstitutes ERICH in Brüssel im Original und meiner Übersetzung angefügt:

Key results

1. 1657 healthcare chaplains from 36 countries participated in an online survey on the impact of the COVID-19 pandemic on spiritual care. Providing spiritual care was deeply affected by the lack of presence, shared spirituality, end of life care etc.

2. The majority of chaplains in three continents claimed to be underused by their management during the first wave of the pandemic. The survey points to a range of causes like lack of protective gear but also lack of knowledge/recognition regarding chaplaincy as a resource for staff, patients and families and a lack of advocacy on the part of chaplains themselves. Staff experiencing spiritual care were more likely to make referrals.

3. Chaplains did whatever they could and were very creative in dealing with the circumstances turning to staff care, creating new rituals, turning to telechaplaincy, involving themselves in policymaking and other issues that benefitted the whole of healthcare. The new ways of providing spiritual care need to be researched further and implemented in training and education.

4. In many cases chaplains were morally injured because they could not give essential spiritual care to people in need. Especially loneliness of patients/residents at the end of life was heart-breaking to witness. Helplessness is part of the wide range of emotions chaplains were left to deal with since the start of the pandemic.

Wichtigste Ergebnisse

1. 1657 Klinikseelsorger*innen aus 36 Ländern nahmen an einer Online-Umfrage über die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die spirituelle Versorgung (Spiritual Care) teil. Die Bereitstellung von Spiritual Care wurde stark beeinflusst durch den Mangel an Präsenz, gemeinsamer Spiritualität, und Zuwendung am Ende des Lebens.

2. Die Mehrheit der Seelsorgenden auf drei Kontinenten gab an, von ihrem Management während der ersten Welle der Pandemie zu wenig in Anspruch genommen worden zu sein. Die Umfrage weist auf eine Reihe von Ursachen hin, wie mangelnde Schutzausrüstung, aber auch mangelndes Wissen/Anerkennung in Bezug auf die Klinikseelsorge als Ressource für Personal, Patienten und Familien und fehlende Fürsprache und Einsatz für die Klinikseelsorgenden selbst. Mitarbeitende, die spirituelle Fürsorge erlebt hatten, waren eher bereit, Überweisungen vorzunehmen.

3. Die Klinikseelsorgenden taten, was sie konnten, und waren sehr kreativ im Umgang mit den Umständen: sie kümmerten sich um die Belange der Pflegekräfte, schufen neue Rituale, wandten sich der digitalen Seelsorge zu, sie setzten sich auf der politischen und anderen Ebenen ein, was der gesamten Gesundheitsversorgung zu Gute kam. Die neuen Wege der spirituellen Betreuung müssen weiter erforscht und in der Aus- und Weiterbildung umgesetzt werden.

4. In vielen Fällen wurden Seelsorgende moralisch verletzt, weil sie Menschen in Not nicht die notwendige spirituelle Begleitung geben konnten. Besonders die Einsamkeit von Patienten/Bewohnern am Lebensende mitansehen zu müssen, war herzerreißend. Hilfslosigkeit gehört

zur Vielzahl der Emotionen, mit denen sich Seelsorgende seit Beginn der Pandemie auseinandersetzen mussten.